FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO PARA LA VACUNACIÓN CONTRA LA INFLUENZA PARA ESTUDIANTES 2023-24
SOLO INFLUENZA INACTIVADA (IIV)

VDH VIRGINIA DEPARTMENT OF HEALTH

Health Department Use Only

CI #: _____

Encounter #: _____

Receipt #: _____

Nombre: _____
Apellido Primer Segundo

Fecha de nacimiento: ____/____/____ Edad: ____ Género: ❑ M ❑ F

Si es menor, nombre del padre/tutor: _____
Apellido Primer Segundo

Fecha de nacimiento del padre/tutor: ___/_____/_____ SSN del padre: _____ - _____ - _____
opcional

Dirección: _____ Estado/Ciudad: _____ Código postal: _____ Grado: _____

Maestro de aula: _____ Escuela: _____ Ubicación preferida: ❑ Chatham ❑ Dan River ❑ Gretna ❑ Tunstall

IMPORTANTE Número de teléfono del padre/tutor Casa: _____ Celular: _____ Trabajo: _____

Marque SÍ o NO en todas las preguntas a continuación para determinar si su hijo puede recibir la vacuna inactivada contra la influenza ("vacuna contra la gripe"). La enfermera que administra la vacuna revisará esta información el día de la vacuna.

		SÍ	NO
1.	¿Alguna vez su hijo ha tenido una reacción alérgica grave a algún componente de cualquier vacuna contra la gripe (huevos, gentamicina, gelatina y arginina)?	❑	❑
2.	¿Su hijo alguna vez tuvo una reacción grave a una dosis anterior de la vacuna contra la gripe en el pasado?	❑	❑
3.	¿Su hijo alguna vez tuvo el síndrome de Guillain-Barré (GBS, es decir, parálisis progresiva ascendente)?	❑	❑

Si respondió SÍ a alguna de las preguntas 1, 2 o 3 anteriores sobre alergia grave, reacción o GBS, la vacuna contra la gripe puede no ser segura para su hijo y NO recibirá la vacuna contra la gripe en este entorno.

AVISO DE CONSENTIMIENTO ATRIBUIDO PARA PRUEBAS DE VIH, HEPATITIS B O C

El Código de Virginia § 32.1-45.1 (A) (1950), con sus enmiendas, requiere que VDH le brinde el siguiente aviso:
1. Si cualquier profesional de la salud, trabajador o empleado de VDH debe estar expuesto directamente a la sangre o fluidos corporales de mi hijo de una manera que pueda transmitir una enfermedad, entiendo que la ley exige que mi hijo proporcione una muestra de sangre venosa para realizar más pruebas. Entiendo que las pruebas que se realizarán son para el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH), así como para la hepatitis B y C. Un médico u otro proveedor de atención médica le informará el resultado de la prueba. 2. Si su hijo debe estar expuesto directamente a sangre o fluidos corporales de un profesional de la salud VDH, trabajador o empleado de una manera que pueda transmitir una enfermedad, se analizará la sangre de esa persona para detectar infección por el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH), así como para la hepatitis B y C. Un médico u otro proveedor de atención médica le informará a usted y a esa persona el resultado de las pruebas. Doy mi consentimiento para tales pruebas y para la divulgación de los resultados de la prueba a la persona que estuvo expuesta.

CONSENTIMIENTO PARA LA VACUNACIÓN DEL NIÑO: En septiembre de 2023, ¿su hijo tendrá menos de 9 años?
No ❑ **Sí** ❑ Complete la siguiente serie de preguntas y firme.

Mi hijo es **menor de 9 años** y:

□ NUNCA ha sido vacunado contra la gripe. **Nota: Su hijo requerirá 2 dosis este año**.

□ no ha sido vacunado con al menos 2 dosis de vacuna contra la influenza estacional antes del 1 de julio de 2023. **Nota: Su hijo requerirá 2 dosis este año.**

□ ninguno de los anteriores es aplicable.

He leído la Declaración de información de vacunación (VIS) para la vacuna inactivada contra la influenza (vacuna contra la gripe), entiendo los riesgos y beneficios, y doy mi consentimiento al Departamento de Salud y su personal autorizado para que el nombre de mi hijo en la parte superior de este formulario reciba la vacuna inactivada inyectable contra la influenza (inyección**). Si es necesario, doy mi consentimiento para que mi hijo reciba la segunda dosis aproximadamente 4 semanas después de la primera.**

Firma del padre o tutor legal: X _____ **Fecha:** ____/_____/____

Vaya a la parte de atrás de este formulario

Seguro*: Responda lo siguiente: Esta información es necesaria para fines de financiamiento federal para vacunas de VFC.

***Nota**: Se le proporcionarán vacunas a su hijo sin costo alguno si su hijo es elegible para el Programa de vacunas para niños. Si su hijo está cubierto por un seguro, incluido Medicaid, la ley exige que el Departamento solicite un reembolso del plan de seguro por todos los costos permitidos asociados con la provisión de la vacuna.

Mi hijo: ( ) *no* está asegurado (por un seguro privado, Medicaid o FAMIS)
( ) es indígena norteamericano o nativo de Alaska
( ) tiene Medicaid - N.º de Medicaid: _____
( ) tiene FAMIS - N.º de FAMIS: _____
( ) tiene otro seguro no mencionado anteriormente (especifique el plan) _____
ID de póliza n.º _____Nombre del titular de la póliza_____

Adjunte una copia del anverso y reverso de la tarjeta del seguro o proporcione la siguiente información:
Dirección de la compañía de seguros _____
Número de teléfono de la compañía de seguros_____

Oficina de Privacidad y Seguridad

Autorización para la divulgación de información médica protegida

Este consentimiento otorga permiso al Departamento de Salud de Virginia (VDH) para divulgar información de salud personal a la(s) persona(s) u organización(es) que he indicado.

- Entiendo que la provisión de tratamiento para mi hijo no puede estar condicionada por mi firma de esta autorización.
- Cualquier información de salud que haya sido divulgada por mi o por mi hijo ya no estará protegida por esta autorización.
- El original o una copia de la autorización se incluirán en el registro médico de mi hijo.
- Tengo el derecho de revocar esta autorización en cualquier momento, excepto en tanto se hayan tomado medidas antes de que yo solicite la retención de mi registro médico. La solicitud debe ser por escrito y será efectiva a partir de la fecha de entrega al proveedor que esté en posesión de mis registros médicos.
- Autorizo que VDH divulgue la información de salud de mi hijo a su médico de atención primaria y a la escuela.
- Entiendo que este registro se mantendrá hasta que mi hijo cumpla 21 años.
- Autorizo que VDH divulgue los registros necesarios para respaldar la solicitud de pago de Medicare, Medicaid y otros beneficios de atención médica. El pagador externo debe pagar cualquier beneficio autorizado a VDH en mi nombre.
- Entiendo que este documento será entregado y retenido por el departamento de salud pública y no será retenido por la escuela.

❑ Marque la casilla si desea recibir una copia de los Derechos de privacidad del Departamento de Salud de Virginia.

Envíe una copia del registro de vacunación de mi hijo a su médico a la siguiente dirección.

*Nombre del médico*_____

*Dirección postal*_____*Ciudad*_____ *Estado*_____ *Código postal*_____

08/30/2023

SÓLO PARA USO DEL DEPARTAMENTO DE SALUD- HEALTH DEPARTMENT USE ONLY

Date	Item code	Funding Source	Lot Number	Vaccine Administration Site	Provider #
		VFC STATE 317 LHD (chargeable)		RA LA	
		VFC STATE 317 LHD (chargeable)		RA LA	
Comments					
Provider Name/Signature and Date					